№ 1 WARSZAWA, DNIA 15 WRZEŚNIA 1925 ROK I.

LEKARZ KASY CHORYCH

WYCHODZI RAZ NA MIESIĄC.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Nowy Świat 2, Tel. 164-50.
Prenumerata kwartalnie 6, rocznie 24, numer pojedynczy 2 zł.

№ 1. WARSZAWA, DNIA 15 WRZEŚNIA 1925 ROK I.

TREŚĆ NUMERU:

LEKARZ KASY CHORYCH

WYCHODZI RAZ NA MIESIĄC

Redakcja i Administracja: Warszawa, Nowy Świat 2, Tel. 164-50.
Prenumerata kwartalnie 6, rocznie 24, numer pojedyńczy 2 zł.

OD REDAKCJI.

Z chwilą gdy liczba lekarzy, pracujących w Kasach Chorych na terenie P. P., przewyższyła już $^1/_3$ część wszystkich lekarzy P. P., gdy kasy te istnieją na całym prawie obszarze ziemi polskiej, posiadanie przez lekarzy K. Ch. własnego organu stało się nietylko pożądane, lecz wprost niezbędne. Wymagają tego tak względy na sprawne funkcjonowanie samej instytucji, na należyte postawienie w niej sprawy lecznictwa, jak i obrona interesów lekarzy, zarówno pracujących w Kasie, jak i stojących poza kasą. Spraw takich, żywo obchodzących lekarzy K. Ch., nagromadziło się sporo, a więc:

a) zrzeszenie się wszystkich grup lekarzy kasowych w jedną całość, co zaważyć musi na szali wpływów lekarza na sprawy lecznictwa w Kasach Chorych i obronie interesów lekarskich,

b) ujednostajnienie warunków pracy lekarskiej w rozmaitych okręgach,

c) nowelizacja ustawy Kasy Chorych,

d) informowanie ogółu lekarzy o stosunkach w rozmaitych K. Ch. u nas,

e) zaznajamianie się ze stanem Kas Chorych zagranicą.

Oto w pierwszej linji sprawy, które nasuwają się same przez się. Tylko za pomocą pisma własnego nawiązać możemy żywy kontakt ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi K. Ch. we wszystkich dzielnicach P. P. i sprostać przeszkodom, które na swym szlaku napotykamy. Tą drogą

będą mogły się porozumiewać, jednoczyć i wzrastać w siłę wszystkie zrzeszenia lekarzy K. Ch. Zarządy K. Ch. oceniły znaczenie pisma własnego i siły tkwiącej w zrzeszaniu się, wydają one własne pisma, utworzyły one, zgodnie z ustawą, okręgowe związki i tworzą ogólny związek K. Ch. P. P. Czas najwyższy, by i lekarze to samo uczynili. Zagranicą, np. w Niemczech, lekarze K. Ch. posiadają już od 25 lat własne swe pismo.

Zbyteczne byłoby dodawać, że pismo nasze nie będzie rzecznikiem jakiejkolwiek partji politycznej. Śmiało i otwarcie wypowiadać będzie swe zdanie bez względu na to, czy to się komu podobać będzie czy nie, mając na celu jedynie dobro społeczne. Na szpaltach pisma naszego odzwierciadlać się będzie rozwój i życie K. Ch., tak, by każdy z nas był au courant tego, co się w K. Ch. dzieje.

Mamy nadzieję, że ogół lekarzy, przedewszystkiem zaś lekarze K. Ch., poprą nasze wysiłki i że pismo nasze będzie w krótkim czasie mogło rozszerzyć program i ramy swoje. Poparcie to wyrażać się będzie zarówno w nadsyłaniu artykułów do gazety, jak i w prenumeracie pisma. Tylko przy tem poparciu gazeta będzie mogła regularnie wychodzić i ukazywać się częściej. A to leży w interesie sprawy lekarskiej w K. Ch.

I. Kasy Chorych a lekarze[1].

Ubezpieczenia społeczne są tylko jedną z postaci ubezpieczeń wogóle. Ubezpieczenia istniały w Anglji już w XI wieku, mianowicie istniały już wtedy kasy pogrzebowe. W XIV stuleciu były we Włoszech ubezpieczenia morskie, wprawdzie nie przez całe towarzystwa, lecz przez oddzielnych ludzi, a w 1427 istniały już w Genui ubezpieczenia na życie. Colbert w r. 1681 wydał rozporządzenie, popierające ubezpieczenie rzeczy, nie zezwalając jednak na ubezpieczenie życia. Pierwsze ubezpieczenia przeciw pożarom powstały w r. 1774, a pierwsze ubezpieczenia od gradobicia w 1802 w Tuluzie. Lecz dopiero w 19 wieku osiągnęły ubezpieczenia pełny swój rozwój. Pierwsze tablice śmiertelności ogłoszone były w r. 1746 przez Deparcieux'a, a pierwsze tablice śmiertelności towarzystw ubezpieczeń, wydane przez nie na podstawie własnych doświadczeń, w r. 1860.

Kasy chorych pierwsze wprowadziły Niemcy w r. 1883. Wprowadzenie ich jest bezsprzeczną zasługą socjalistów. Wprawdzie faktycznie wprowadził je Bismark, ale uczynił on to w celu odebrania socjalistom broni,

[1] Rozdział niniejszy stanowił temat odczytu, wygłoszonego, na zaproszenie Towarzystwa Med. Społecznej, na posiedzeniu w kwietniu r. b.

którą walczyli. Ubezpieczenia społeczne są we wszystkich krajach młodsze niż niemieckie i na nich są wzorowane. Modyfikacje, w porównaniu z kasami niemieckiemi, mają na celu bądź uniknięcie „błędów", bądź są one wynikiem różnicy w charakterze lub gospodarce narodowej. I u nas K. Ch. zapoczątkowało socjalistyczne ministerstwo Moraczewskiego. To jest zasługa naszych socjalistów. Ale medal ma i odwrotną stronę. W tej postaci, w jakiej u nas K. Ch. zostały wprowadzone, były one przedewszystkiem demagogją. Pierwotnie pomyślane jako rozszerzona pomoc lekarska dla biednych, powinny były K. Ch. być ograniczone do ekonomicznie słabych, z włączeniem jednak — w przeciwieństwie do tego co obecnie widzimy—w s z y s t k i c h ekonomicznie słabych. Tak, jak obecnie, przeznaczone one są tylko dla pracujących; rzeczywiście najbiedniejsi — bezroboczy, starzy, o ile nie są robotnikami, pracujący na własną rękę, jak np. szwaczki, szewcy (starsi po nad 45 lat) i t. p., t. j. ci, których nie stać na opłatę lekarzy i lekarstw z własnych funduszów, są od tego dobrodziejstwa wyłączeni. W dodatku, wskutek uprawnienia K. Ch. do opłaty tylko połowy należności za leczenie szpitalne swych ubezpieczonych, szpitale zmuszone są, by móc istnieć, podwyższać opłaty, a z drugiej strony, wskutek zapełnienia szpitali przez członków K. Ch., odbiera się miejsca w nich dla tych właśnie najuboższych warstw ludności, które, wskutek stronniczo przeprowadzonej ustawy, nie mogą należeć do K. Ch. Jasna więc rzecz, że socjaliści, u nas przynajmniej, okazali się pseudo-społecznikami. Nie o dobro całej biednej ludności chodzi socjalistom, lecz o dobro jednej warstwy tylko — robotniczej. Nie posiada więc Polska instytucji ubezpieczeń s p o ł e c z n y c h, lecz tylko ubezpieczenie p r a c o w n i k ó w. Ujawnia się w tem dobitnie dążność do zaspokojenia interesów klasowych, a nie dobra ludu. Tą drogą podtrzymuje się walkę klasową. Socjaliści zbyt egoistycznie ujęli tę w zasadzie dobrą sprawę, by dać pewnej warstwie ludności przedsmak, zapowiedź socjalizacji społeczeństwa. Urzeczywistniono jedno z haseł socjalistycznych, aby wykazać na tym przykładzie możliwość socjalizacji wogóle, a potem przejść — gdyby to się udało i czego dotychczas naprożno próbowano—do socjalizacji innych dziedzin. To są, jak to widzimy także z przykładu w Niemczech, gdzie także występują na jaw zakusy częściowej socjalizacji gospodarki „drogą zimną" wobec niemożności jeszcze zrobienia tego „ogniem i mieczem", plany wszystkich socjalistów. W Warszawie K. Ch. jest dla socjalistów jedną z ich placówek politycznych. Pierwsze kroki socjalistów względem lekarzy w K. Ch. skierowane były ku socjalizacji tego zawodu: według socjalistów lekarze nie powinni być wolnym zawodem, powinni oni być zetatyzowani, powinni być urzędnikami. Jako środek ku temu posłużyć miała

odmienna od innych krajów postać okazywania pomocy lekarskiej, mianowicie nie w mieszkaniach lekarzy, a w utworzonych przez K. Ch. ambulatorjach. Można by dużo powiedzieć zarówno o dobrych jak o złych stronach obydwóch wzmiankowanych postaci pomocy lekarskiej w K. Ch., lecz w każdym razie wzgląd na pożytek leczenia i sprawa oszczędności odgrywały tu rolę drugorzędną, były tylko pozorem. Jak we wszelkich poczynaniach partyjnych starano się i co do ambulatorjów zamydlić oczy „publiczności" twierdzeniem, jakoby szło tu o oszczędności w wydatkach i dogodność dla ubezpieczonych. Gdyby nawet ambulatorja upraszczały rachunki i manipulacje biurowe (co jest więcej niż wątpliwe, przeciwnie, według nas, wikłają one je bardziej), to nie należy zapominać, że nie chorzy istnieją dla Zarządów K. Ch., lecz zarządy istnieją dla członków Kasy. A co do kosztów, to w żadnem z państw w Europie, oprócz Bolszewji i Polski, niema ambulatorjów, a jest wolny wybór lekarza, pomimo to kasy nie tylko nie stoją pod względem pieniężnym gorzej od naszych, lecz, przeciwnie, mają daleko szerszy zakres działalności, lepsze urządzenia i dobrze prosperują.

Zresztą w leczeniu ambulatoryjnem, jako takiem, nie widzielibyśmy nic gorszego dla chorego niż w leczeniu się w prywatnem mieszkaniu lekarza. Wszak istnieją przychodnie (lecznice) od dawien dawna, leczy się w nich t. zw. średnia klasa i nigdy z tego powodu narzekań nie było. W Chicago, jeszcze w r. 1904, jak wiem z opowiadania jednego z kolegów tamtejszych, lekarze nie przyjmowali u siebie w domu (zwykle lekarz amerykański ma oddzielne mieszkanie prywatne, za miastem, a oddzielnie swoje office, w którem przyjmuje chorych), lecz mieli ogólny dom, gdzie każdy z 350 lekarzy miał swój gabinet przyjęć. I gdyby nie większa strata czasu dla chorych wskutek wyczekiwania przytem w dusznych poczekalniach, gdyby nie chęć ze strony Zarządu K. Ch. posługiwania się ambulatorjum, jako środkiem politycznym, jako środkiem do zsocjalizowania stanu lekarskiego, do zrobienia z nich urzędników, do traktowania ich jak robotników przez fabrykantów, nic chyba nie możnaby było mieć przeciw ambulatorjom. Cała rzecz w tem, że w danym razie miano zupełnie co innego na widoku. Właściwym celem było upaństwowienie lekarzy, zrobienie z nich urzędników, zależnych od partji socjalistycznej, jak to zrobili w Rosji komuniści, gdzie lekarze są urzędnikami państwowymi. Jeśliby kto miał jakie wątpliwości co do tego, to wystarczy jeszcze raz zwrócić uwagę na to, że system ambulatoryjny wraz z systemem lekarzy rejonowych wprowadzono tylko w Polsce i Bolszewji. W każdem innem państwie chory kasowy może się leczyć u każdego lekarza, który zgłosi akces do K. Ch., a nie wyłącznie tylko u tego, którego powoła K. Ch. Szło o to, by ograniczyć liczbę lekarzy w K. Ch., bo

z mniejszą ich liczbą łatwiej można dać sobie radę. niż przy większej liczbie, jakby to miało miejsce przy wolnym wyborze lekarzy. To samo dążenie widzimy w niemieckich K. Ch. I tam próby wprowadzenia ambulatorjów miały na celu utworzenie kadrów lekarzy urzędników na wypadek strajku lekarzy, z tą jednak różnicą, że tam spotkała się ta próba z energicznym sprzeciwem nietylko lekarzy K. Ch., lecz i uniwersyteckich wydziałów lekarskich. Zarówno związek lekarzy, obejmujący tam około 98 procent wszystkich lekarzy, jak i wydziały lekarskie w uniwersytetach, zabroniły członkom swoim przyjmować chorych nie u siebie w domu, a w ambulatorjach, urządzanych przez K. Ch. Ogólna Komisja profesorów, powołana przez wszystkie uniwersyteckie wydziały lekarskie w Niemczech, orzekła, że „sprawa lecznictwa w K. Ch. powinna być w rękach lekarzy, również kontrola lecznictwa powinna być wykonywana przez lekarzy K. Ch. Jeżeli lekarz ma czuwać nad zdrowiem narodu, może on tę rolę spełniać tylko wtedy, jeżeli wolność jego jest zagwarantowana. A system ambulatoryjny dąży do zaprzeczenia wolności zawodu lekarskiego“. Proszę przeczytać Nr. 13—14 „Wiadomości K. Ch. m. Łodzi“ z r. b., wydawanych przez Zarząd K. Ch., by jeszcze raz się przekonać, że celem zarządów K. Ch. jest zniesienie „mrzonek o wolności zawodu lekarskiego“ i zrobienie z lekarzy urzędników, zależnych od Zarządu K. Ch., tak jak namiętnem marzeniem kierowników kas jest również „wytresowanie członków kasy na posłuszne stado“ (Świątecki [1]). Lecz lekarze urzędnicy nigdzie i nigdy nie byli dobrymi lekarzami. Pierwsze zakusy robione były w Warszawie względem lekarzy dzielnicowych i rejonowych — jak dotychczas bezskutecznie. W wszelkim razie przez wsunięcie biurokratyzmu między lekarza a chorego bezpośredni stosunek zaufania chorego do lekarza zostaje, jeśli nie zupełnie usunięty, to jednak silnie zwężony. Nigdy w K. Ch. chory nie stoi dość blizko lekarza. Że z takiem dążeniem, stanowiącem zamach na wolność zawodu lekarskiego, lekarze zgodzić się nie chcą, jest rzecz jasna. Lecz wynikające stąd konflikty między lekarzami z jednej a Zarządem kas z drugiej strony są wodą na młyn socjalistów. O to im właśnie chodzi, by w oczach swych stronników wszystkie niedomagania K. Ch. zwalić na lekarzy. Sugestjonuje sie tą drogą ubezpieczonym, że wszystkiemu, co jest złego w kasie, winni są lekarze, wzbudza się do nich nieufność, dopinguje się klasę robotniczą do walki z lekarzami, jako inteligencją, wystawiając ją jako wroga klasy robotniczej, zupełnie to samo, co widzieliśmy w Rosji, gdzie szczuto lud przeciw inteligencji. I w tem twi niebezpieczeństwo dla społeczeństwa. Poza tymi, co udają, że nie widzą tego podobieństwa, tylko ślepy go nie widzi.

[1] Lekarze a Kasy Chorych, 1925.

Wystarczy wziąć którykolwiek numer „Robotnika“ z artykułem o K. Ch., by się o tem przekonać. Od początku powstania K. Ch. „Robotnik“, będący wyrazicielem swej partji, podszczuwa stale swych czytelników przeciw lekarzom. Na wiecach, zebraniach, w prasie urabia się opinję w tym kierunku by, jak słusznie mówi Świątecki, „przyzwyczaić społeczeństwo do tych azjatyckich wzorów“. Jak się wyrażają ich pisma o lekarzach? „Rozrzutnicy majątku narodowego, o ile takowy spoczywa w skarbcu K. Ch., zrzeszenie egoistyczne, które nie chce najmniejszych ofiar złożyć na ołtarzu znajdującej się w potrzebie ojczyzny, żądny pieniędzy cech, któremu leży na sercu tylko dostarczenie wszystkim jego członkom życia bez troski pośród jęczącej pod ciężarem nędzy ludności i t. d.“ Socjalistom, a z nimi i zarządom kas, zależy na podtrzymaniu niezgody pomiędzy lekarzami a zarządem kasy, starają się oni wywołać niesnaski i zatargi pomiędzy zarządem kasy a lekarzami. Z walki z kasami o sprawy lecznicze i ekonomiczne i ze stosunku nieprzyjaznego lekarzy względem biurokratyzmu kas, stojącego pomiędzy lekarzem a chorym, starają się skorzystać socjaliści, by oskarżać lekarzy o antyspołeczny nastrój. A tymczasem lekarz, jak nikt inny, powołany jest do oceny warunków zdrowotnych ludności, a z tem do rozwiązania spraw społecznych. W warszawskiej Kasie Ch. wtóruje socjalistom w tej samej tonacji chrześcijańska demokracja i przedstawiciele „Lewjatana“, ktorzy chcieliby traktować lekarzy w taki sam sposób, w jaki chcą traktować swych robotników. To ma swoją dobrą stronę, bo, jak widzimy, prowadzi do uzgodnienia tak odmiennych partji politycznych choć w jednej dziedzinie. Dowód to zarazem, że wszelkie skrajne zapatrywania mają dużo wspólnych cech. Na tę politykę zarządów K. Ch. względem lekarzy należy zwrócić uwagę przedewszystkiem lekarzy dla własnego, tak niezbędnego zorjentowania się w sytuacji. Socjaliści, dosłownie powtarzam słowa jednego z członków zarządu warszawskiej K.Ch., mówią: „co, lekarze? my nie pozwolimy, by oni rządzili w K. Ch.“[1] A któż ma się znać lepiej na lecznictwie — lekarze, czy ci, którzy nie tylko nie posiadają wykształcenia lekarskiego, lecz niekiedy zaledwie kilka klas szkoły średniej ukończyli? A któż jest odpowiedzialny za leczenie chorego — kasa czy lekarz? Nie tylko moralnie, ale i według prawa, lekarz jest za to osobiście odpowiedzialny. Czyż dążenie do rządzenia K. Ch. przez laików nie przypomina żywo owych czasów rewolucji rosyjskiej, gdy student drugiego kursu medycyny, felczer albo wreszcie zwykły niewykształcony żołnierz byli kierownikami sanitarji całego okręgu? Tendencje są identyczne. Przeprowadza się wszędzie o ile się tylko da, zasadę, że lekarz jest jakimś trzeciorzędnym czynnikiem w K. Ch. A prze-

[1] Por. także „Wiadomości K. Ch. m. Łodzi“ No. 13—14 r. b.

cież właściwie dwie są tylko główne strony. Główną grupą są ubezpieczeni — ku ich dobru musi wszystko zdążać. Tuż za nią idą lekarze, jako ci, co tej głównej grupie udzielają tego, czego jej brak, t. j. pomagają jej odzyskać zdrowie. Lekarze są jeszcze o tyle głównemi osobami K. Ch., że rozporządzają oni najgłównejszemi wydatkami kas, bo zapomogi pieniężne dla chorych wynoszą 35—40%, a lekarstwa około 10%, prawie połowa więc wydatków K. Ch. powierzona jest uznaniu lekarzy. Reszta, poza temi dwiema grupami K. Ch.—to tylko pośrednicy między I a II grupą. A tymczasem biurokracja kasowa uważa siebie za najgłówniejszy czynnik w K. Ch., zarówno zaś ubezpieczonych, jak lekarzy uważa tylko za nieprzyjemny dodatek do swych przyjemności. Jasne jest, że tu ze strony kas sprawa toczy się o politykę społeczną, o partje, o demagogję, a w drugim dopiero rzędzie o dobro ubezpieczonego. Na walkę z lekarzami K. Ch. tracą niepotrzebnie siły, zamiast w zgodnem porozumieniu użyć sił tych w bardziej pożytecznym kierunku, t. j. dla dobra ubezpieczonego.

Wspomniałem o analogji z Bolszewją. W działalności socjalistów w K. Ch. uwydatnia się jeszcze inne pod tym względem podobieństwo. Przedewszystkiem ci, u których strajki stały się sprawą chroniczną i bronią codzienną, wyrażają swe oburzenie, gdy to inni robią. Sami w najgwałtowniejszy sposób walczą o poprawę bytu materjalnego, ale wara komu innemu o to walczyć. Występują w jaknajskrajniejszej formie przeciw własnym łamistrajkom, ale sami robią wszystko co mogą, by przyciągnąć łamistrajków, gdy im strajk grozi. Celem socjalistów jest wywołać rozdział między lekarzami i, w razie niezgodzenia się lekarzy kasowych na warunki pieniężne K. Ch., zwerbować, śród lekarzy, łamistajków przeciw ogółowi organizacji lekarskiej, walczącej nie o większe lub mniejsze dochody, lecz wprost o prawo do życia. Ale ta walka ekonomiczna, wywołana przez same K. Ch., jest znowu wodą na ich młyn. Kasy bowiem rozpowszechniają tą drogą mniemanie, że to one dbają tylko o dobro ubezpieczonych, a lekarze walczą tylko o swe dochody. Ba, nawet były próby udzielania stypendjów studentom medycyny, zarówno u nas jak i w Niemczech, z tem, by się oni zobowiązali później pracować jako lekarze w K. Ch. i by tą drogą stworzyć sobie kadry przyszłych łamistrajków. Czyż nie w Bolszewji ci sami działacze, co tyle lat wojowali o wolność prasy, wyborów i t. d., gdy sami doszli do władzy, ją znieśli? Czyż to nie w Bolszewji ci sami działacze, co tak powstawali przeciw karze śmierci, gdy sami doszli do władzy, ścinali głowy na prawo i na lewo, tysiące razy więcej niż przedtem? Ach prawda, teraz już i tam kara śmierci zniesiona została. Kary śmierci już tam niema, jest tylko—

pozbawienie życia. Cóżby powiedzieli ci sami socjaliści, gdyby wydano prawo, że w razie strajku robotnicy będą zmuszeni przez władze do wykonywania pracy i to za połowę zwykłego wynagrodzenia, pod groźbą, że mogą być pozbawieni prawa do pracy przez pół roku? A to jest właśnie projekt nowelizacji ustawy K. Ch., zredagowany przez Zarząd K. Ch. Ten sam więc sposób postępowania, posługiwanie się metodą, której się zabrania swym przeciwnikom, widzimy i u nas na przykładzie K. Ch. i przestrzedz należy zawczasu całe społeczeństwo przed grożącem niebezpieczeństwem, trzeba bić na trwogę, póki czas. 150 lat jarzma rosyjskiego pozostawiło zbyt jaskrawe u nas ślady.

Że celem Zarządów K. Ch. jest rozbicie organizacji lekarskiej, tego dowodem jest np. dążenie do zawierania umów indywidualnych, zamiast zbiorowych, uczynienie z lekarzy kasowych stanu podobnego do lekarzy wojskowych, zależnych od ich władzy. Czyż wymówienie przez warszawską K. Ch. umowy zbiorowej z lekarzami i propozycja zawarcia umów indywidualnych na nowych warunkach nie jest takim samym lokautem, jak stosowany przez Lewjatana względem robotników? Dawniej, jako lekarz fabryczny, był lekarz w działalności swej ograniczony przez fabrykanta i do pewnego stopnia od niego zależny. Teraz rolę fabrykanta przejęła K. Ch. Lecz lekarz nie może być w swej działalności lekarskiej zależny od poglądów K. Ch. Jeżeli ma on ponosić odpowiedzialność za chorego, to musi być wolny i niezależny. Ma jedną tylko odpowiedzialność poza sądem — przed swojem sumieniem i przed chorym. Inaczej doprowadziłoby to do szkody dla ubezpieczonego, a z tem do szkody dla K. Ch., dla społeczeństwa. Zrównanie zawodu lekarskiego z rzemiosłem jest to niedocenianie sprawy etycznej zawodu lekarskiego, która leży nie tylko w interesie lekarzy, lecz jeszcze więcej w interesie ubezpieczonych, a co najważniejsza, w interesie ogółu. Czyż zarządy K. Ch., w skład których wchodzą często t. zw. półinteligenci, mają uczyć etyki lekarzy? Lekarzy, wśród których wyjątkowo tylko bywały jednostki nieetyczne i którzy sztandar wiedzy, dobroczynności i etyki nieśli zawsze bardzo wysoko. Upadek lekarzy tak pod względem naukowym, jak i moralnym, do jakiego prowadzi polityka K. Ch., oznaczałby szkodę dla zdrowia ludu i upośledzenie siły narodu.

Obecnie w K. Ch. pracuje jeszcze sporo lekarzy, którzy nigdy nie byli lekarzami-urzędnikami, dla których zawód lekarski był zawsze zawodem wolnym. Są to po większej części lekarze praktycy. Ale co będzie z następną generacją? Nie znajdując pola działania w zakresie praktyki prywatnej, gdyż cała prawie praktyka lekarska ześrodkowywać się będzie w K. Ch., nie będzie to nowe pokolenie ani dostatecznie przy-

gotowane, ani dostatecznie niezależne, by sprostać zadaniu zawodowemu w K. Ch. I wtedy dopiero okażą się wszystkie złe skutki tej polityki K. Ch., która, odbijając się dosłownie na skórze ubezpieczonego, doprowadzi do reakcji ze strony ubezpieczonych, a zatem do odzyskania wolności zawodu lekarskiego.

Że te metody ujarzmienia lekarzy są stosowane i do czego one zmierzają, widać z tego, że wystarczy, by który lekarz wykazał swą samodzielność i poskarżył się np. na brud, panujący w ambulatorjcah, by mu przy pierwszej lepszej okazji wymówiono stanowisko (Łódź, Warszawa). Nie przeciw istnieniu K. Ch. występują lekarze, lecz tylko przeciw tej lub innej formie ich prowadzenia. A zarządy K. Ch. utożsamiają się z ideą K. Ch. w tym sensie, że twierdzą, że tylko to, co one robią, jest dla ubezpieczonych korzystne.

Kasy Chorych są bezwarunkowo rzeczą wielkiego znaczenia dla pewnej części niezamożniejszej warstwy ludności i muszą być utrzymane. Ale w sposobie urządzenia K. Ch. tkwi taka sama sugestja, jak w tysiącu innych spraw modnych. Minie i tu sugestja, jak mijają mody, i wtedy przekonamy się, że K. Ch., tak jak są prowadzone obecnie, mają cały szereg wprost szkodliwych stron.

Celem niniejszego artykułu było zwrócić uwagę ogółu lekarzy, że przejawy walki kas z lekarzami — to nie są fakty oderwane, lecz że w tem jest system bardzo niebezpieczny nietylko dla ogółu lekarzy, lecz i dla całego społeczeństwa, system, przed którym należy bardzo mieć się na baczności. Może robotnicy zrozumieją wreszcie, że tylko lekarze, a nie laicy, postawić mogą lecznictwo w K. Ch. na należytej wysokości, a z tem i polepszyć sprawę robotników. Wytężyć musimy całą energję w tym kierunku, by zawód lekarski pozostał zawodem wolnym, nie dając się ani na chwilę otumanić zakusami i intrygami rozmaitych partji. Nie zapomiuajmy, że wszystkie te zakusy powstały i rozwijają się w czasie zależności kas od Min. Pracy i O. S. Kto wie, czy do tego było by doszło, gdyby sprawa ubezpieczeń społecznych spoczywała w rekach ministerstwa Zdrowia. Może dlatego w Anglji nigdy jeszcze od czasu powstania K. Ch. nie było zatargów między K. Ch. a lekarzami, że tam K. Ch. zależne są od Min. Zdrowia i że w zarządach K. Ch. zasiadają na równych prawach i proporcjonalnie do innych przedstawiciele lekarzy K. Ch. Przy podporządkowaniu bowiem K. Ch. ministerstwu zdrowia następuje łatwo uzgodnienie wszystkich dziedzin działalności służby zdrowia, jako podlegających jednemu kierownictwu.

Nie w walce K. Ch. z lekarzami, a w ścisłej, spokojnej wzajemnej współpracy ich tkwi dobro ubezpieczonego, a za-

tem pożytek społeczny. Na zjeździe wszystkich zrzeszeń lekarzy K. Ch. należałoby wybrać komisję, któraby łącznie z przedstawicielami Izb lekarskich i K. Ch. zajęła się sprawą wyrównania sprzeczności między K. Ch. a lekarzami i uzgodniła działalność tych dwóch czynników. K. Ch. nie powinny być sprawą partyjną i z natury rzeczy nią nie są, tylko partje chcą z niej taką zrobić. Walki partyjne, szczególnie w Łodzi i Warszawie, stanowią główny przedmiot działalności zarządów K. Ch.

II. Ubezpieczenie społeczne zagranicą.

Przymus wprowadzony jest w Polsce, w Niemczech, Anglji, Włoszech, Japonji, Łotwie, Rumunji, Jugosławji, Szwecji, Portugalji i Luksemburgu. Najdalej idące ubezpieczenia są w Portugalji (od r. 1907 do 1910 były one tylko dobrowolne) i w Szwecji (1913), jedynem państwie, gdzie ubezpieczeniu obowiązkowo podlegają wszyscy mieszkańcy, czyli jest tam *nacjonalizacja ubezpieczeń.* W Portugalji bogaci płacą składki, lecz nie otrzymują żadnych świadczeń. I tak być powinno: zdrowie jednej warstwy ludności jest zdrowiem całego społeczeństwa, jest sprawą ogólną, dlatego wszyscy o to dbać powinni. Lecz z tego nie wynika, by klasy zamożne miały prawo wyzyskiwać na swą korzyść tę pomoc z upośledzeniem innych warstw ludności. Składki do K. Ch. są tam traktowane jako podatek ogólny, który w Szwecji jest inkasowany wraz z innemi podatkami bezpośredniemi. Ubezpieczenie obejmuje w Portugalji wszystkie postacie, a zatem choroby, inwalidztwo, starość (od 70 r. życia). Opłata ze strony pracownika wynosi za ubezpieczenie od starości $1/2\%$, od inwalidztwa 1% zarobku, 4 razy tyle dopłaca pracodawca. Za ubezpieczenie od choroby robotnik płaci 30 — 50 rejsów miesięcznie W Szwecji każdy obywatel płaci 3—13 kr. rocznie. Członkowie są podzieleni na 8 klas. Każdy otrzymuje zasiłek inwalidzki w stosunku do złożonych wkładek, rząd jednak i gmina dodają pewną sumę do tej pensji w stosunku $3/4 : 1/4$. Ubezpieczenie obejmuje niedołęstwo w każdej postaci, a więc chorobę, inwalidztwo, starość (od 67 r. życia). Hiszpanja posiada ubezpieczenie tylko od starości. Belgja nie poszła za przykładem Niemiec—tam niema przymusu. W Szwajcarji przymus ubezpieczenia lub dobrowolność zależne są od danego kantonu.

W Ameryce niema kas chorych, bo tam dochody robotników wystarczają na opłatę pomocy lekarskiej. Tam (przed prohibicją), po opłaceniu wydatków na pożywienie, mieszkanie, ubranie i alkohol, pozostawało robotnikowi 1100 złp. rocznie na inne wydatki (w tem na leczenie), podczas gdy u dobrze sytuowanych robotników berlińskich tylko — 400 zł. rocznie. A ile u nas?

1. UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE W ANGLJI.

Prawo do uczestniczenia mają wszyscy, mający mniej niż 250 f. szt. rocznego dochodu (520 zł. dochodu miesięcznego), przyczem każdy członek jest ubezpieczony także od bezrobocia. Liczba ubezpieczonych wynosi dotychczas 15 miljonów, liczba lekarzy 15 tysięcy, czyli 1 lekarz przeciętnie na 1000 ubezpieczonych. W szczegółach cyfry te wahają się do 1 na 2500 ch. Ubezpieczenie w Angji tem się różni od naszego, że tam niema skali składek, lecz wszyscy płacą jednakową składkę, różnica tu zależna jest tylko od płci. Każdy ubezpieczony mężczyzna nakleja do książeczki marki, przeciętnie po 5 pensów (około 60 gr.), kobieta— za 50 g. tygodniowo, z czego połowę płaci pracodawca, a połowę pracownik. Do tego rząd dopłaca rocznie kasom od siebie 5 szylingów (5 złp.) od głowy. Wszystkie większe zabiegi lekarskie specjalistyczne muszą być opłacane przez pracownika. Wybór lekarstw jest ograniczony. Kasa nie daje prawa do leczenia szpitalnego, jednak ponieważ szpitale w Anglji utrzymywane są przez instytucje dobroczynne, każdy darmo leczyć się w nich może. Niektóre kasy dostarczają okularów i dają ulgi w sanatorjach. Chorzy mężczyźni otrzymują 10 szyl. ($12^1/_2$ zł.), kobiety $7^1/_2$ szyl. (9 zł.) zapomogi tygodniowej w przeciągu 26 tygodni. Przy porodzie wypłaca się położnicy dwa funty (55 zł.) Statystyka wynagrodzeń lekarskich wykazuje 9 szylingów rocznie od każdego ubezpieczonego, a ponieważ za każdego ubezpieczonego wnoszona jest rocznie, wraz z dodatkiem rządowym, suma 26,6 szylingów, więc **wydatki na lekarzy** stanowią **30,5**$^0/_0$ z górą. Dodać jeszcze należy wynagrodzenie oddzielne za większe zabiegi. Na jednego ubezpieczonego wypada rocznie 3,8 wizyt. Czyli za jedną wizytę lekarz otrzymuje 9:3,8 szyl. = 2,37 szyl. = 3 złp. Ponieważ u nas lekarz przyjmuje przeciętnie 10 chorych na godzinę, za godzinę przyjęć otrzymuję od 7 do $10^1/_2$ zł., wynagrodzenie więc za każdą wizytę wynosi 70 gr. do 1,05 zł. czyli 3 — 4 razy mniej niż w Anglji. Pomimo to część lekarzy w Anglji jest sproletaryzowana. Ogólna ilość lekarzy w Anglji w r. 1925 wynosiła 48,140 na $47^1/_2$ mil. ludności, czyli 1:1000.

2. FRANCJA.

Do niedawna we Francji nie było przymusu należenia do K. Ch., za wyjątkiem górników. Ubezpieczenie od nieszczęśliwych przypadków (risque professionel) było przymusowe tylko we flocie. Dopiero pod wpływem oddziedziczonych po niemcach w Alzacji i Lotaryngji instytucji K. Ch. został wprowadzony przymus należenia do K. Ch. wszystkich poniżej 60 r. życia, przy dochodzie rocznym nie wyższym od 10 tys. fr. (240 zł. miesięcznie), każde dziecko niżej 16 lat daje prawo do podwyższenia granicy tej o 2 tys. fr. rocznie. Dobrowolnie może należeć każdy

mający nie więcej niż 12,000 fr dochodu. Mogą należeć mało i bezrolni włościanie, dalej pracujący w drobnym przemyśle i pracownicy umysłowi, wreszcie żony przymusowo lub dobrowolnie ubezpieczonych. Wolni od należenia do kas są urzędnicy państwowi i komunalni. Kasy mogą być nietylko rządowe, lecz i prywatne. Lekarze otrzymują pewien ryczałt na podstawie ilości leczonych chorych, który dzieli się pomiędzy lekarzy odpowiednio do udzielonej pomocy. Ubezpieczeni podzieleni są na 6 klas zarobkowych. Ubezpieczonych jest około 8 miljonów, wraz z dobrowolnie ubezpieczonemi (200,000), z kobietami, które do tego czasu nie podlegały ubezpieczeniu (1.300.000) i 3.000.000 dzieci poniżej 16 r. życia, wyniesie to 13 milj. t. j. $^1/_3$ ludności Francji. $5^0/_0$ zarobku płaci pracodawca, $5^0/_0$ pracownik, państwo dodaje przeciętnie około 500 milj. franków rocznie. Dochód ogólny ze składek obliczono na 3 miljardy fr., co odpowiada 30 miljardom dochodu wszystkich pracowników. Z tego wypada przeciętnie po 50 000 fr. rocznie na każdego z 20,000 praktykujących we Francji lekarzy=1 miljard, t. j. **$33^0/_0$ na lekarzy**. Składki wahają się od 90 do 900 fr. rocznie. Ale zakres tych ubezpieczeń społecznych jest o wiele szerszy niż u nas — jest ubezpieczenie od starości, inwalidztwa i t. d. Lekarze K. Ch. domagają się tam: zachowania absolutnej tajemnicy lekarskiej, wolnego wyboru lekarzy, opłaty nie ryczałtowej, lecz za każdego chorego oddzielnie według taryfy lekarskiej, t. j. wszystkiego tego, czego domagają się lekarze na całym świecie.

3. DANJA I NORWEGJA.

W Danji ubezpieczenia nie są przymusowe. Granica górna 4100 kor. duńskich. Państwo dopłaca składkę tylko do członków mających dochód poniżej 2400 kor. — 2 $^3/_4$ złp. za każdego rocznie. Państwo dopłaca również $^1/_4$ wydatków na zasiłki pieniężne i nadzwyczajne wydatki na świadczenia dla przewlekłych chorych. W r. 1923 państwo dało na K. Ch. 12 miljonów koron—4-tą część wydatków K. Ch. Należy do kasy $^3/_5$ ogółu ludności.

W Norwegji jest ubezpieczenie przymusowe także dla robotników rolnych, o ile dochód nie przewyższa 4,800 złp. rocznie, oprócz tego można należeć do Kasy dobrowolnie przy dochodzie nie większym od powyższego. Ubezpieczeni są podzieleni na pięć klas. Po 0,1 składki płacą pracodawca i gmina, 0,2 państwo, 0.6 pracownik. Gmina i państwo dopłacają również po 0,1 składki do dobrowolnie ubezpieczonych. Za każde lekarstwo ubezpieczony płaci $^1/_4$ część. Za czas niezdolności do pracy otrzymuje $80^0/_0$ zarobku. Ilość ubezpieczonych 1.400.000, (z tych 9000 zamożnych). W r. 1922 wynagrodzenie, wypłacone tam lekarzom, wynosiło około 14 milj. kor., co na głowę ubezpieczonego daje 27 kor. = **$38^0/_0$**

dochodów kasowych, we Francji po 77 fr. od każdego ubezpieczonego. W Warszawie, licząc 10% + 12% od dochodu brutto, wynagrodzenie to uczyni 1,5—2,2 miljony złp., czyli ± po 5 złp. od jednego uprawnionego! Ponieważ liczba mieszkańców w Norwogji wynosi 3 miljony, zatem prawie połowa ludności należy do kasy. Ze sprawy dobroczynnej, K. Ch. przeszły za tem i tu do wyzyskiwania lekarzy, gdyż i chorzy zamożni korzystają tą drogą z taxa pauperum. Był czas. że chorzy musieli dopłacać pewną sumę za wizyty, ale skutek był taki, że liczba wizyt lekarskich zmniejszyła się, a to mogło było być ze szkodą dła ludności.

4. KASY CHORYCH W NIEMCZECH.

Pracownicy umysłowi z dochodem ponad 2,500 m. niem. rocznie nie podlegają ubezpieczeniu obowiązkowemu. Przed wojną kasy niemieckie wypłacały 40% dochodu na zasiłki pieniężne. Każda choroba wymaga przeciętnie $6\frac{1}{2}$ do 7 wizyt. Najniższa opłata od ubezpieczonego za poradę w domu lekarza, wynosi 1 złp., oprócz tego oddzielna opłata za zabiegi. Przy opłacie ryczałtowowej płacono lekarzom przed wojną 8 złp. od głowy, w r. 1924 16 złp., co przecięciowo wynosi 15,000 do **38,000 złp. na 1 lekarza rocznie.** Przeciętnie wydatki na lekarzy wynoszą 24.5%, na zapomogi 25%, na administrację 6,8%. Według specjalności wypada, zgodnie ze statystyką w jednym z miast niemieckich, Moguncji: chorych na choroby wewnętrzne 63% (u nas 38%), na skórne i weneryczne 8% (14%), oczne 8% (10%), uszne 6% (6%), chirurgiczne 5% (12%), nerwowe 3% (3%), kobiece bez akuszerji 3% (6%), żołądkowe 2%, gruźlica płuc 1%, dziecięce 1% (6%).

Dochód wszystkich robotników wynosił w Niemczech w 1924 r. 15 do 20 miljardów. 2% tej sumy = 400 miljonów marek, wystarczyłyby w zupełności na opłaty wizyt prywatnych u 30,000 lekarzy, co wyniosłoby przeciętnie 13,000 mk. rocznie na jednego lekarza, a 4% tej sumy (t.j. wszystko razem—6% dochodu) czyli 800 miljonów mk. poszłyby na zasiłki pieniężne, lekarstwa i t. d. Za tak znaczną sumę ubezpieczeni mogli by mieć daleko lepiej urządzone ubezpieczenia. niż obecnie przy pośrednictwie instytucji K. Ch.

III. Trochę statystyki.

Co mówią cyfry? Honorarja lekarskie w K. Ch. u nas i zagranicą.

Polska ma 27 miljonów mieszkańców, w tem 7200 lekarzy, t. j. mniej więcej jeden lekarz przypada na 4000 mieszkańców. Przeszło $\frac{1}{3}$ część, a zatem 2500 do 3000 lekarzy, zatrudnionych jest w K. Ch. W r. 1923 było zajętych w K. Ch. w województwie Warszawskim 35%, w Kieleckim

i Łódzkim 61%, w całem państwie na 6050 lekarzy — 1780; odliczmy lekarzy wojskowych, powiatowych i t. p. a otrzymamy 40 do 45% lekarzy pracujących w Kasach Chorych. Słusznie zauważa Zarząd K. Ch. w wydanym przez siebie przewodniku po wystawie, że „objaw ten nie może pozostać bez wpływu na dotychczasowy sposób wykonywania zawodu lekarskiego“. Cavete collegae!—Ilość ubezpieczonych w Kasie Chorych w całej Polsce wynosi 4 miljony — 15% ludności (odliczyć należy wojsko, urzędników, wieś). W Galicji w r. 1912 było 190,000 ubezpieczonych, w byłej dzielnicy pruskiej 250.000, obecnie cyfry te wynoszą 418 i 501 tys. t. j. przeszło 2 razy więcej. Warszawa na 936 tys. mieszkańców w r. 1924 miała ubezpieczonych (wraz z rodzinami) 420 tys. t. j. 45%, Lwów 52%, Poznań 54%, Kraków 58%, Łódź 74%, t. j. w Łodzi tylko $^1/_4$ część ludności nie leczy się K. Ch. W Niemczech, gdzie kasy chorych istnieją prawie tylko w miastach, liczba ubezpieczonych nie przenosi 50%. Z tego wynika, jak wielki wpływ ma K. Ch. na lecznictwo, inaczej mówiąc, jak wielki wpływ na lecznictwo, w warunkach dzisiejszych, znajduje się w rękach laików, kupców, przemysłowców, urzędników prywatnych i t.d. jako członków Zarądów K. Ch.—Na każdego ubezpieczonego, nie licząc rodziny, wypada rocznie 12 porad, na każdego uprawnionego — 3,3, niezdolność do pracy wynosi przeciętnie nie więcej niż 3 tygodnie. Liczba chorych niezdolnych wynosi 3%. Na każdego ubezpieczonego przypada 5,4 dni zasiłkowych na rok (we Francji 8.2). Na porady zgłasza się powtórnie 3—4 razy więcej niż poraz pierwszy. Dochód brutto wszystkich kas w Polsce wynosił w r. 1924 około 110 milj. złotych, w kasie warszawskiej nie mniej niż 15 milj. zł. Ponieważ wszystkich ubezpieczonych członków w K. Ch. w Warszawie było 191,000, więc średnio każdy płaci rocznie prawie 80 zł., z tego na lekarza wypada 5 złp. — wyraźnie pięć złotych polskich za każdego uprawnionego. Nadwyżka dochodów nad wydatkami K. Ch. wynosiła w r. 1923 we Lwowie 46%, w Warszawie i Krakowie 61%! A Zarządy kas wobec lekarzy wciąż jęczały, że nie mają pieniędzy na ich opłacenie. Coby można było przy celowej organizacji i odpowiedniem prowadzeniu sprawy osiągnąć pod względem zapobiegania chorobom i na polu lecznictwa przy takich dochodach!

W Niemczech 80% lekarzy należy do K. Ch. Według przyjętej normy powinien być 1 lekarz na 1000 ubezpieczonych. W Wirtembergji jest 770.000 ubezpieczonych, a więcej niż 1200 lekarzy, czyli 1 lekarz na 600 chorych. Rocznie opuszcza K. Ch. tylko 25 lekarzy (śmierć, wymówienie, porzucenie czynności). A zatem znaczna część lekarzy nie znajdzie tam, jak i u nas, w przyszłości dostatecznej egzystencji. Zjawi

się znowu pewna ilość nieszczęśliwych i niezadowolonych egzystencji, straciwszy daremnie trudy, wydatki i czas.

W Monachjum w 1924 r. było 350,000 ubezpieczonych, 820 zamiast 350 lekarzy, jak chce norma.

W r. 1924 statystyka wykazuje w Niemczech 47 tys. lekarzy na 67 milj. mieszkańców. W r. 1905 było więcej ludności, lekarzy zaś tylko 41 tys., przyczem nie było tak jak teraz prawie połowy ludności w kasie. Sytuacja więc materjalna lekarzy była o wiele lepsza. W r. 1885 na 48 milj. ludności w Niemczech było 5,4 milj. (9%) ubezpieczonych. W r. 1910 na 65 milj. — 13 milj. ubezpieczonych (20%), a w r. 1914 na takąż ilość mieszkańców — 20 milj. = 30% ludności. Teraz liczba ubezpieczonych wynosi 30 milj. t. j. 50% ludności! W r. 1921 wydano na zasiłki pieniężne 35%, na lekarzy 24%, lekarstwa 13%, administrację 10%.

Związek kas nadreńskich w 1925 r. miał na 862,000 ubezpieczonych 1300 urzędników = 1:663, w 1923 r. 1:772. Ponieważ w państwie niemieckiem jest 21 milj. ubezpieczonych, więc w tym stosunku byłoby samych urzędników K. Ch. w Niemczech 30,000, *co też rzeczywiście ma miejsce.* Oto do czego doprowadza gospodarka zarządów K. Ch.!

W r. 1924 zasiłki pieniężne w K. Ch. w całej Polsce pochłonęły 24%, a lecznictwo 48%, t. j. 2 razy więcej. Przyjmując pod uwagę, że rodziny nie otrzymują zasiłków pieniężnych, a tylko członkowie kas, należy te 24% pomnożyć przez 1,8 (stosunek liczby członków i ich rodzin), co wyniosłoby w rzeczywistości 43% czyli prawie ten sam procent pochłaniają zasiłki co i leczenie, w stosunku do jednej osoby. Główny wydatek pochłania zatem lecznictwo, działalność lecznicza jest szersza niż finansowa. I tak być powinno, bo ubezpieczenie, jak mówiliśmy, ma jako główne zadanie uczynienie ubezpieczonego zdolnym do pracy, co dla niego jest ważniejsze niż wypłata zasiłków. Główną czynność w K. Ch. spełnia lekarz, bo w zakres czynności jego, oprócz samego lecznictwa, wchodzi ocena zdolności do pracy, a zatem rozporządzenie o wypłacie wzgl. wstrzymaniu zasiłków. Z tego wypływa, że reszta czynności ma charakter czysto kancelaryjny, jest tylko dostosowaniem się do decyzji lekarza. Mimo tę wyższość działalności lekarskiej nad czynnościami biurowemi, nie lekarze, a urzędnicy posiadają wpływ decydujący na całokształt sprawy.

Pod 50% wydatków na lecznictwo należy rozumieć wydatki na personel lekarski, pomocniczo-lekarski, lekarstwa, szpitale, personel aptekarski, pomocniczo-aptekarski, utrzymanie ambulatorjów i aptek, przewożenie chorych i t. d. Niestety bilanse K. Ch. są tak układane, że wydatki na personel ściśle lekarski nigdy nie są podawane oddzielnie, lecz zawsze łącznie z innemi wydatkami, a więc z wydatkami na personel pomocniczy,

na aptekarzy, na lekarstwa, na dentystów i t. d. tak, aby nie można było się dowiedzieć, ile kosztowali K. Ch. lekarze. I pod tym względem pomiędzy zarządami wszystkich kas panuje zadziwiająca jedność i zgodność a, co jeszcze dziwniejsze, że i pod tym względem, jak i pod innemi, widzimy zupełnie ten sam system, co i w Niemczech. Zestawiony w ten sposób bilans nie pozwala wejrzeć dokładnie w rachunki i wykazać, jak mało z wydatków idzie na lekarzy. Należy więc dążyć do tego, by pomimo labiryntu rachunkowego, rzucić światło na zawoalowane bilanse K. Ch., co też postaramy się uczynić.

W Niemczech opłata personelu lekarskiego wyniosła w r. 1923 30,6% w Anglji 35,5% wydatków, we Francji 33%, w Danji 38% dochodów. W Wirtembergji pensje lekarzy wyniosły w r. 1924 35%, lekarstwa 8—13%, administracja 7—9% t. j. prawie tyle co lekarstwa, zasiłki pieniężne 35%. Personel administracyjny — 1,1 — 1,2 urzędników na 1000 członków. Ponieważ głównym celem kas chorych jest porada lekarska, to 30—35% wynagrodzenia lekarzy nie jest bynajmniej sumą za wysoką. W Anglji lekarz otrzymuje za każdą wizytę lekarską w swojem mieszkaniu 3 złp. W Niemczech najtańsza porada wynosi 1 złp. (rękoczyny opłacają się oddzielnie), **my otrzymujemy w Warszawie 2—4 razy mniej**. U nas, według Zarządów K. Ch., pensje lekarzy, dentystów, felczerów, sanitarjuszek—wszystkich razem—powinny wynosić tylko 20% wydatków. W Pabjanicach w r. 1924—zapewne to samo jest we wszystkich K. Ch., utrzymujących ambulatorja—pensje lekarzy wyniosły 14%. Przy wolnym wyborze lekarzy, jak np. w Poznaniu, płace te wynoszą 21,3%. Ten wydatek jest tylko pozornie większy, w rzeczywistości jest bezwarunkowo mniejszy, niż przy systemie ambulatoryjnym. Bo przedewszystkiem wydatki administracyjne są w Poznaniu mniejsze, wynoszą one tylko 7,3% (w innych naszych kasach do 14%), a po drugie doliczyć należy w ambulatorjach wydatek na personel ambulatoryjny 5,4% + na utrzymanie ambulatorjów 1,2%, razem 6,6% t. j. koszty administracji ambulatorjów wynoszą 6,6%. Czyli w Poznaniu wynagrodzenie lekarzy i administracji wynosi 21,3%+7,3%=28,6%, a u nas — 14% + 14% + 6,6=34,6%. Z tego jasno wynika, że pomoc ambulatoryjna, gdyby nawet nie liczyć innych z nią połączonych wydatków, jest znacznie droższa, niż leczenie przy systemie wolnego wyboru lekarza. Że szerzone przez K. Ch. mniemanie, jakoby pomoc ambulatoryjna była tańsza, i że przy wolnym wyborze lekarza kasy nie mogły by się ostać, jest błędne, widać z tego, że stan finansowy K. Ch., istniejących w Europie na zasadzie wolnego wyboru lekarza, jest o wiele lepszy niż u nas.

Przyjrzyjmy się bliżej jak się sprawy mają w rzeczywistości u nas.

W Krakowie w przeciągu pierwszych 9 miesięcy 1924 r. wydatki na lekarzy wraz z personelem pomocniczym, służbą, personelem famaceutycznym i farm. pomocniczym wynosiły 14,66% wydatków ogólnych. Ile z tego wypadło na lekarzy? Zapewne nie więcej niż **9%**! A wydatki na personel administracyjny wyniosły 14% czyli prawie 2 razy tyle, co wydatki na personel lekarski, podczas gdy w Austrji wydatki na personel administracyjny wynosiły w r. 1923 —7,8%, czyli 2 razy mniej niż u nas. W Łodzi w lipcu 1924 r. stosunki były jeszcze bardziej horendalne. Personel administracyjny otrzymał 16, a leczniczy 12% wraz z sanitarjuszkami i akuszerkami. W 1923 r. lekarze i dentyści razem otrzymali 21,7% z wydatków, a koszt lekarstw wyniósł 22%, czyli to samo co wynagrodzenie personelu lekarskiego, podczas gdy w Niemczech stosunek ten równa się 3:1 lub najwyżej 2:1.

Cóż w tem dziwnego, jeśli zważymy, że w warszawskiej Kasie Chorych rok temu było 500 urzędników, poczem nastąpiła „redukcja“, wynikiem czego obecnie jest około 1300 urzędników — wiemy wszyscy, co to jest redukcja.. Ponieważ lekarzy w warszawskiej K. Ch. mamy 400, urzędników więc mamy 3 razy więcej niż lekarzy t. j. tyle, ile trzy ministerstwa razem ich nie posiadają. W warszawskiej K. Ch. 1 urzędnik wypada na 300 ubezpieczonych, t. j. 3 razy tyle, ile w Niemczech (właściwie **1 urzędnik na 150! członków**, wnoszących składki).

Z tego jasno widzimy, w jakim kierunku należy robić oszczędności— tylko drogą uproszczenia manipulacji, a nie kosztem ubezpieczonych lub lekarzy. Widzimy więc, że obniżka płac lekarzy „w imię dobra ogólnego“, licząc na dobre serce lekarzy, posłużyłaby tylko do utrzymania nowych urzędników, którzy będą zbierali napisane przez nas kwestjonarjusze, będą ustanawiali nasze etaty i każą nam wystawać przed ich okienkami. Kto nie wierzy, ile czasu wymaga odbiór należnych pieniędzy za pracę lekarską, niech spróbuje przyjść na Solec do biura.

Jak widzieliśmy, lekarze otrzymują w K. Ch. za leczenie każdego chorego jeszcze mniej, aniżeli otrzymywali dawniej za leczenie biednych. Jest to zatem niewątpliwie dobroczynność ze strony lekarza. Dobroczynność niekiedy śmieszna, bo zdarza się często, że dochód ubezpieczonego jest większy, niż dochód lekarza. Nie zachodzi więc i nie może z innych względów zachodzić tu względem Zarządu Kasy stosunek pracodawcy i pracownika, bo lekarze sami składają tu ofiary materjalne ze swej strony. A nawet cała działalność kas staje się poniekąd możliwą tylko dzięki tym ofiarom. Ponieważ nie umiano dać ostatecznego podkładu finansowego K. Ch.—rząd u nas nic nie daje, w przeciwienstwie do Anglji, Francji, Danji, Hiszpanji i t. d..—więc działal-

ność u nas Kas mogła być urzeczywistniona tylko kosztem lekarzy. To, co gdzieindziej daje rząd, u nas dają lekarze. W dodatku, nie możemy liczyć na to, że nasze ofiary będą kiedykolwiek należycie zrozumiane i ocenione. Zarządy K. Ch. starają się rozpowszechniać mniemanie, że to one bronią dobra instytucji, a że lekarze walczą o osobiste interesy materjalne! Widzieliśmy jakie to mogą być zyski materjalne, przy personelu administracyjnym 3 razy większym od lekarskiego. Nie leży w interesie ubezpieczonych mieć pomoc lekarską jaknajtańszą, należy mieć pomoc lekarską jaknajlepszą. A kasie Ch. nie chodzi o to, by pomoc lekarska była jaknajlepsza, lecz o to, by była jaknajtańsza. Ci sami ludzie, co w partji swej głoszą hasła walki o sprawy ekonomiczne, ci sami żądają od lekarzy najwyższej idealizacji zawodu. Wynagradzając nas jak niewolników, K. Ch. funkcjonują same kosztem lekarzy. Żę wyjątkowo niektórzy lekarze mają stosunkowo znaczne dochody, toć to wina K., że zamiast dać zajęcie kilku lekarzom, faworyzuje jednego, dając mu 6 godzin zajęć dziennie. Ale co to za praca! Znam wielu lekarzy, którzy z ambulatorjum, z tej łaźni codziennej, gdzie przyjmują 20 chorych na godzinę, wracają tak zmęczeni, że niczem pozatem nie są w stanie się zająć. A chorzy zaś są zdania, że zbytnia produkcja nie może być produkcyjna. Jako zasada musi być jednak przyjęte, że jeżeli lekarze nie mają być złymi lekarzami, muszą być odpowiednio wynagradzani, inaczej nie będą mieli ani zdrowia, ani czasu, ani humoru do zajęcia się dalszem wykształceniem swoim, a to w ostateczności wyszłoby tylko na szkodę nie tylko lekarzom, ale ubezpieczonym i całemu społeczeństwu. Im więcej K. Ch. wchłaniają w siebie praktykę lekarską, tem bardziej musimy, jeśli w ten sposób ma być rozwiązana sprawa lekarska, żądać, by z tego źródła t. j. z K. Ch., była umożliwiona podstawa pewnej egzystencji dla lekarza.

IV. Oszczędności na lekarstwach i zasiłkach pieniężnych.

Wydatki na lekarstwa stanowią spory odsetek wydatków K. Ch. i mogłyby z łatwością uledz zmniejszeniu, gdyby Zarząd K. Ch. zastosował się do uwag, jakie ze strony Zrzeszenia lekarzy K. Ch. m. Warszawy nieraz wychodziły. Przedewszystkiem nie powinien ani jeden lekarz być przyjęty do K. Ch, któryby uprzednio nie przeszedł pewnego kilkodniowego wyszkolenia pod kierunkiem specjalnie wybranych lekarzy i nie przeszedł przez komisję kwalifikacyjną Zrzeszenia lekarzy K. Ch. Ponieważ wydatki na zasiłki pieniężne (35%) i na lekarstwa (12%) czyli razem prawie połowa pozycji wydatków K. Ch. pozostawiona jest opinji lekarzy, lekarz

więc rządzi najgłówniejszemi wydatkami, a nie zarząd kasy. Każdy więc nieobeznany z terenem K. Ch. lekarz może wyrządzić kasie ogromne straty materjalne. Lekarz powinien stale mieć na uwadze, że wypisując w karcie ubezpieczonego niezdolność do pracy, wydaje przez to samo czek na wypłatę z Kasy Ch. Wypisując niepotrzebne lekarstwa ut aliquid fiat, przepisując lekarstwa w nadmiernej ilości, przepisując jodynę, glicerynę, watę, bandaże i t. p. na prośbę chorego, by „było to w domu na wszelki wypadek", naraża kasę na kolosalny wydatek. Można być najlepszym lekarzem wogóle, a jednocześnie złym lekarzem kasowym. Lekarz, nie obeznany z czynnościami w K. Ch., uczy się praktyki kasowej kosztem ubezpieczonych. Należy pamiętać, że ponieważ, jak dotychczas, lekarstwa chorego w K. Ch. nic nie kosztują, wytwarza się wśród ubezpieczonych wprost głód lekarstwowy. Chorzy kasowi biorą w K. Ch. 3—4 razy więcej lekarstw niż pacjenci prywatni z aptek, w dodatku nie zawsze lekarstwa te zużywają. Często lekarze kasowi przepisują tyle lekarstw dla jednego chorego, że należy sobie zadać pytanie, skąd ma pacjent wziąć tyle czasu, ażeby w ciągu dnia zużyć przepisane ilości lekarstw? Co najmniej o 50% możnaby było, jak tego dowiedziemy, zredukować wydatki na lekarstwa. W Niemczech średnio wydatki na lekarstwa i to na kupowane w aptekach, a nie przyrządzane we własnych aptekach kasowych, wynosiły tylko **7%** wydatków ogólnych.

Powinny być dalej wydane książeczki z przepisami lekarskiemi, by mieć wykaz wszystkich lekarstw i ujednostajnić, o ile to można, ich przepisywanie. Takich specjalnie dla K. Ch. formularzy lekarskich było w Niemczech w zeszłym roku — 23! Lista lekarstw musi być naturalnie co pewien czas uzupełniana. Nie należy aptek zaopatrywać w leki, których już oddawna się nie stosuje. Wystarczy przejrzeć obecny spis leków K. Ch., by się przekonać, ile pieniędzy wydano na takie leki niepotrzebnie. Zasadą jednak powinno być, że nie może być zabronione żadne lekarstwo, które lekarz uważa za niezbędne, lecz z lekarstw osiągających to samo działanie, powinno być wybrane tańsze. Lekarz ma prawo żądać włączenia do spisu lekarstwa, które uważa za niezbędne, nie można lekarza ograniczać co do tego, można mu tylko zalecić, by miał na względzie uwagi wyżej wymienione. Powinna być również oznaczona *najwyższa* ilość lekarstw, którą na raz przepisać wolno.

Powinna, tak jak zagranicą, być wyłoniona z lekarzy Zrzeszenia K. Ch. komisja, opłacana przez tego, komu to korzyść przynosi t. j. przez K. Ch., lecz niezależna od Zarządu K. Ch., dla kontroli w celach oszczędnościowych pod względem lekarstw. Oszczędności, tą drogą uzyskane, byłyby tak znaczne, że wydatek na komisję taką, specjalnie kontrolującą

recepty i sprawę środków leczniczych, byłby stosunkowo minimalny. Komisja taka, nie posiadająca jednak władzy dyscyplinarnej, lecz mająca tylko zadanie kont olujące, zwracałaby się w odpowiednim wypadku z uzasadnioną uwagą do danego lekarza, a w razie 3-krotnego powtórzenia się przewinienia pod tym względem, nakazuje ona zwrot strat za lekarstwa, jakie z tego powodu poniosła kasa. Już pierwsze wystąpienie komisji podziałałoby wychowawczo na lekarzy i przyniosłoby duże oszczędności, większość bowiem lekarzy nie zdaje sobie sprawy z tego, jak drogie były przepisane przez nich recepty, które z równym skutkiem dałyby się zastąpić przez inne. Komisja kontrolująca powinna mieć prawo zaznajamiania się z działalnością oddzielnych komisji Zarządu Kasy, jak to ma miejsce w Niemczech, to bowiem wpływać może uświadamiająco i pouczająco na lekarzy. Taka kontrola lekarska w Kolmarze, złożona naturalnie nie z lekarzy urzędników K. Ch. a z obranych przez zrzeszenie lekarzy kasowych, miała ten skutek, że recepty tych lekarzy, które wynosiły w przeciągu pierwszych 3 miesięcy 20 fr. na 1 chorego, w następnym kwartale wyniosły już 14, a w 3-m kwartale już tylko 10¹/² fr. Na 171 chorych 3-go kwartału dało to 1600 fr. oszczędności. W pół roku po wprowadzeniu zatem tej kontroli lekarskiej wydatki kasy na lekarstwa zmniejszyły się o połowę. Przerachowując to na wydatki warszawskiej K. Ch. i licząc po 10 zpł rocznie na lekarstwa dla każdego uprawnionego (niestety sprawozdania K. Ch. zupełnie przemilczają tę rubrykę), uczyniłoby to, licząc 50% oszczędności — około 2 miljonów złp. rocznie, a w całej Polsce około 6 milj. złp. Taka sama komisja lekarska powinna sprawdzać sprawy zwolnień od pracy. Jeżeli każdy z lekarzy kasowych, na 20 chorych dziennie, przepisze niepotrzebnie tylko na 3 zł. za dużo lekarstw, to na 500 lekarzy w warszawskiej K. Ch. wyniesie to 1500 zł. dziennie, 45 tys. zł. miesięcznie i 540 tys. zł. rocznie.

Jeśli przyjmiemy inną kalkulację mianowicie, że dziennie zgłasza się po porady we wszystkich ambulatorjach warszawskich około 8 tys. osób i jeśli założymy, że tylko 3000 chorych zapisuje się lekarstwa i że na każdym lekarstwie jest o 50 gr. niepotrzebnych wydatków, to to mniej więcej wyniesie to samo. A cóż, jeśli lekarze zapiszą 20 chorym nie za 3 zł. lecz za 10 zł. za dużo, to wyniesie to 1,900,000 zł. rocznie t. j. tyle ile wynosi pierwsze obliczenie (2 milj.). Jeżeli zwrócimy się do zbytecznych wydatków za niesłuszne zwolnienia i jeżeli tylko każdy lekarz na 20 chorych przepisał 3 zbyteczne dni, to na 500 lekarzy wynosiłoby to dziennie 1500 dni zwolnienia, a licząc średnio zasiłek dzienny po 5 zł., wyniesie to 500×3×5=7500 zł. dzennie, 22,500 zł. miesięcznie, 2,700,000, zł. rocz-

nie, razem z lekarstwami zbytecznemi 3,240,000 — 5 miljonów zł. rocznie przy budżecie 15 milj. zł. t. j. 20% - 33% niepotrzebnych wydatków.

Widzimy więc, jak ostrożnym należy być przy wypisywaniu lekarstw i oznaczaniu niezdolności do pracy i ile by tu kontrola mogła zrobić oszczędności. Drugim środkiem byłoby wprowadzenie pewnej dopłaty za lekarstwa ze strony chorego np. 10% kosztów. Jest to dobre z tego względu, że chorzy wtedy mniej żądają zbytecznych lekarstw i uświadamiają sobie tą drogą ich cenę. Od tej opłaty wolne by były: 1) nieszczęśliwe wypadki, 2) porody, 3) wizyty nocne, 4) lekarstwa oznaczone przez lekarza jako „cito“ lub „statim“ 5) lekarstwa dla bezrobotnych.

Na lekarstwie nigdy nie powinien być umieszczony napis fabryczny „do użytku kasowego“, aby nie zniechęcać chorych, przypuszczających wtedy, że mają do czynienia z gorszym gatunkiem lekarstwa.

V. Jakie reformy przeprowadzić należy w Kasach Chorych?

Gdy w r. 1916 w Stanach Zjednoczonych Ameryki pewne towarzystwo ubezpieczeń miało za dużo strat z powodu gruźlicy, dało ono subwencję towarzystwu walki z gruźlicą w mieście o 16.000 mieszkańcach w celu przekonania się o skutkach tej walki. Okazało się, że już po 4-ch latach z początkowej cyfry 42—50% zaawansowanych chorych na gruźlicę spadła ona na 17%. W latach 1907—1916 śmiertelność na gruźlicę wynosiła tam 0,121%, a w r. 1921 śmiertelność na gruźlicę wyniosła już 0,04 a nie 0,121% t. j. śmiertelność stała się 3 razy słabszą, zmniejszywszy się o 0,67% w ciągu 5 lat, czyli że na każde 3 przypadki śmierci uniknęło jej tą drogą 2-ch ludzi. Można sobie wyobrazić, ile by zaoszczędziły K. Ch. przy takiej racjonalnej akcji, ile usług okazałyby one ludzkości, ile wogóle wszelkiego rodzaju dobrodziejstw zyskiwałoby społeczeństwo z takiej racjonalnej organizacji. Nie dziedziczność, lecz współżycie z rodzicami gruźlikami główną odgrywa rolę w gruźlicy. (Dzieci chorych na gruźlicę z ojców chorych jest 7,38%, z chorych matek 9,76, a dzieci chorych na gruźlicę obojga chorych rodziców 21,85%). Należy więc pieniądze łożyć przedewszystkiem na umożliwienie odpowiednich warunków higienicznych życia. Kasy powinny przedewszystkiem wprowadzić przymusowe kąpiele bezpłatne dla ubezpieczonych i ich rodzin, conajmniej raz na dwa tygodnie. Tylko choroba lub inne ważne okoliczności mogą od tego zwolnić. Wydatek ten sowicie się opłaci, bo tą drogą zmniejszy się liczba zachorzeń, zmniejszą się zatem i wydatki. Naturalnie K. Ch., mając na widoku cele polityczne,

całą energję zużywają na walkę z lekarzami, występując gdzie się tylko da przeciw lekarzom, zamiast działać we wskazanym wyżej kierunku. Gdyby K. Ch. zajęły się przedewszystkiem organizacją higieny mieszkań, pożywienia, odzieży, ciała, szerzeniem sportów śród młodzieży, urządzaniem ogrodów, parków, sanatorjów, szpitali gruźliczych w każdym ośrodku, organizacją higjeny pracy, przeprowadzeniem zakazu pracy chorych z otwartą gruźlicą w pomieszczeniach fabrycznych, sypiania chorych gruźliczych w jednem łóżku ze zdrowymi, gdyby starały się o wprowadzenie na wydziałach lekarskich wykładów profilaktyki i leczenia chorób nietylko z punktu widzenia indywidualnego względem danego chorego, lecz z punktu widzenia społecznego, wtedy dopiero sprawa postawiona by była na należytej wysokości. Oto jak wielkie zadania leżą przed K. Chorych, oto gdzie mogłyby one wielki przynieść pożytek. Punktem ciężkości prawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby nie jest wypłata zapomogi, lecz odzyskanie zdrowia i zdolności do pracy.

Przy obecnym systemie są upośledzeni zarówno chorzy iak i lekarze, a największy pożytek kasa przynosi — urzędnikom kasy. To też an chorzy ani lekarze nie są zadowoleni, zadowoleni są tylko urzędnicy.

Najgłówniejszym brakiem K. Ch. jest brak należytej koncepcji całości, koordynacji zamierzeń i czynów, brak należytego rozmachu. Niezbędne jest przeniesienie punktu ciężkości we wszelkich poczynaniach kas na stronę fachowo-leczniczą, nadanie pewnej planowości lecznictwu. Uderza zaś w kasach przedewszystkiem życie z dnia na dzień. D. c. n.

VI. Jak trzeba się nam zorganizować.

Kasy chorych, zgodnie z ustawą uskuteczniły połączenie się w okręgowe związki i ogólny Związek K. Ch. P. P. Urządzają one zjazdy, uzgadniają swoją politykę wobec a właściwie przeciw lekarzom, urządzają konferencje z prasą i t. d. Tylko krótkowidz może dopatrywać się w postępowaniu zarządu warszawskiej K. Ch., wraz z jej dyrektorem i lekarzem naczelnym, ruchu oderwanego, nieskojarzonego z ogólnym planem Związku K.Ch. Kontrakty wymawia się lekarzom nietylko w Warszawie, lecz i w innych K. Ch. — Łodzi, Płocku, Poznaniu, Częstochowie, Chełmie Wilnie, w Radomsku i t. d. i, co jest charakterystyczne, prawie wszędzie w jednym czasie, a zatem na skutek ogólnego porozumienia wszystkich kas. Stawia się w nowych kontraktach jako warunek — prawo wymawiania posad lekarzom bez podania powodu (2-gi oddział dawnego rosyjskiego gabinetu carskiego, działający bez podania powodu?) i t. d. Dlaczego K. Ch. nie

chcą podać powodów wymówienia? Jasna jest rzecz, że te powody są tego rodzaju, że K. Ch. wstydzi się z niemi wystąpić. A gdy ogół lekarzy powstaje przeciw jednemu z lekarzy, który, jako łamistrajk, zgadza się na te wschodnie warunki, jakie mu dyktuje K. Ch., warunki, do których zresztą przywykł w Rosji, skąd niedawno powrócił, to to wywołuje oburzenie władców K. Ch. Cały system postępowania wszystkich K. Ch. prowadzi do sponiewierania godności lekarskiej. *Niema w tem nic dziwnego, jeśli w instytucji, gdzie pracuje 500 ludzi z uniwersyteckiem wykształceniem, stanowisko kierownicze zajmuje człowiek; który ukończył 3 klasy gimnazjum.* Czy może być w tych warunkach mowa o szacunku dla wiedzy, dla wyższego wykształcenia? Pierwszym więc postulatem musi być żądanie, aby dyrektorzy K. Ch mieli wszyscy wykształcenie uniwersyteckie i nikt, nie mający tej kwalifikacji, nie może nawet zastępczo pełnić tej funkcji. Lekarze byli kiedyś elitą społeczeństwa, a przedewszystkiem społeczeństwa polskiego i ten wysoki poziom etyczny musi być utrzymany, gdyż sprawa załamania się podstaw egzystencji lekarskiej i etyki lekarskiej nie jest sprawą wyłącznie lekarzy. Byłoby to ze szkodą dla całego społeczeństwa. W tem poniewieraniu godności lekarskiej czynny udział przyjmuje obecny lekarz naczelny warsz. K. Ch., dr. Grodecki, działający wbrew opinji całego zrzeszenia lekarzy, jak tego dowodzą osławione cyrkularze jego i obstawanie jego przytem, by Zarząd K. Ch. miał wyłączne prawo nietylko przyjmowania, lecz i usuwania lekarzy bez porozumienia sie z korporacją lekarską, bez podawania przyczyny wymówienia. Do jakich konsekwencji by to doprowadziło? Obecnie wogóle w K. Ch. pracuje 40% lekarzy, w Poznaniu 92, w Płocku i Włocławku 100%. Za kilka lat w Kasach pracować będzie przeciętnie 80% lekarzy (tak jak obecnie w Niemczech) a, odliczając lekarzy wojskowych i lekarzy-urzędników, okaże się, że wkrótce cała praktyka lekarska koncentrować się będzie w K. Ch. I gdyby K. Ch. miały prawo usuwać lekarzy własnowolnie, to takie usuwanie równałoby się pozbawieniu danego lekarza prawa praktyki. I nie Izby Lekarskie i nie Sądy Państwowe miałyby prawo pozbawiać lekarzy prawa praktyki, a zarządy K. Ch. t. j. rozmaici kupcy, rzemieślnicy, drobni urzędnicy, jakiś nauczyciel lub właściciel fabryki! Oto do czego dążą Kasy Chorych!

Kto wywołuje zatargi w K. Ch. warszawskiej? Czy lekarze? To na nich zarząd K. Ch. chce zwalać winę i w tym kierunku poprowadzić opinję publiczną. Tymczasem nie lekarze, a Zarządy K. Ch. wymawiają wszędzie kontrakty. Spokojnie, od czasu istnienia w Warszawie K. Ch., zachowywali się lekarze, nigdy nie było zatargów, doprowadzających do stosowania krańcowych środków ze strony lekarzy, kontrakt dotychcza-

sowy nie zawiera żadnych niesprawiedliwości względem Zarządu K. Ch., a pomimo to Zarząd szuka scysji z lekarzami. Wymawiając umowę zbiorową, rozsyła projekt nowego kontraktu, żądając zawarcia umowy indywidualnej na warunkach, na które żaden lekarz, mający poczucie godności swego zawodu zgodzić się nie może.

W tej walce z Zarządem Warszawskiej K. Ch., walce, wywołanej nie przez lekarzy, korporacja lekarska przy tej sile, jaką posiada w postaci liczby 500 członków zrzeszenia, w połączeniu ewentualnym wszystkich 3000 lekarzy K. Ch., może, przy energicznem postawieniu sprawy, osiągnąć wszystko, co jej się słusznie należy.

Jaką broń przeciwstawimy zorganizowanej działalności K. Ch.?

Muszą lekarze zrobić to samo, co i Zarządy K. Ch., t. j. zorganizować się w ogólne Zrzeszenie zrzeszeń lekarzy K. Ch., muszą być zwoływane zjazdy delegatów wszystkich zrzeszeń, przedewszystkiem na terenie b. zaboru rosyjskiego. Ich zadaniem będzie ułożenie zasadniczych podstaw umów, ujednostajnienie ich, będą sprawy przyjmowania i usuwania lekarzy w K. Ch., urlopów i zastępstw, sprawy szpitalne, sanatorja, ambulatorja, kooperatywy, urządzenie uzdrowisk dla lekarzy K. Ch., kasy pożyczkowe i emerytalne, honorarja lekarskie i zaliczki, sprawa zaopatrywania ambulatorjów w niezbędne akcesorja, utworzenie kursów przygotowawczych dla lekarzy kasowych i dla sanitarjuszek, urządzanie wieczorów dyskusyjnych w sprawach bieżących administracyjno-lekarskich i t. p., **zebranie funduszu rezerwowego**, przeprowadzenie zasady karencji, t. j. warunku, że żaden lekarz, który mieszka krócej niż rok w danej miejscowości, nie może być lekarzem K. Ch. Musimy z całych sił dążyć do tego, by odzyskać i utrzymać wolność zawodu lekarskiego. To zależy od nas więcej, niż od kasy, od umiejętności należytego zorganizowania się. Zgodnie z zasadą „pomóż sam sobie, a Bóg ci pomoże“, nie należy czekać, aż się „stosunki ułożą“. Niema chwili do stracenia. I nie sądźmy, że biurokracja już dlatego jest inna, że ubrała się w czapkę z czerwonym odcieniem. Cavete collegae! Ścieśnijmy szeregi. Bądźcie zgodni, lekarze, wykażcie, jeśli trzeba będzie, poświęcenie. Naszym obowiązkiem jest dbać o chorą ludność i dlatego musimy szczególnie starać się o to, byśmy sami byli zdrowi.

Atmosfera pogorszyła się. Tylko drogą energicznych czynów z naszej strony nastąpić może wypogodzenie. A ono musi nastąpić — dla dobra chorych, a zatem i dla dobra wszystkich. Bo tylko spokojna i owocna praca wszystkich czynników w sensie i duchu pożytku dla ubezpieczonych, bez żadnych ubocznych celów, doprowadzi do jedynego celu, jaki powinni wszyscy mieć na oku — do dobra ubezpieczonych.

VII. Sprawy bieżące.

Dzień 31 sierpnia będzie historyczny w dziejach rozwoju solidarności lekarzy K. Ch. Pierwszy krok ku zjednoczeniu wszystkich lekarzy K. Ch. został zrobiony! Dnia 31 sierpnia odbyła się wspólna konferencja Zarządu Zrzeszenia lekarzy warszawskich z zaproszonymi przedstawicielami kas prowincjonalnych, która była bardzo pouczająca. Bezwarunkowo wkrótce odbyć się musi nowy zjazd delegatów lekarzy wszystkich K. Ch. Na zaproszenie w imieniu Związku L. P. P. kol. Piaseckiego z Włocławka, przewodniczącego Komisji Związku L. P. P., opracowującej umowę ramową z K. Ch., zrzeszenie lekarzy Warszawskiej K. Ch. postanowiło wejść w kontakt z tą komisją. Ponieważ posiedzenie w jednej swej części było poufne, przytoczymy tu tylko dane z niektórych miast, tyczące się spraw, żywo obchodzących lekarzy Kas Chorych.:

Wszędzie (oprócz Warszawy i Wilna, gdzie są zrzeszenia lekarzy K. Ch.), istnieją tylko oddziały Zw. L. P. P. Ogółem związek liczy 3000 członków.

Lekarz naczelny jest wybierany przez lekarzy K. Ch. w Częstochowie i Włocławku. Tak powinno być wszędzie. Lekarza naczelnego niema w Wilnie, rejonowych niema we Włocławku.

Przy wymówieniu umów lekarzom, wszystkie zarządy K. Ch. — oczywiście padło tu hasło ogólne — zażądały umów indywidualnych, w niektórych zaś miastach żądają także redukcji lekarzy np. o 25%. Wiemy wszyscy co to znaczy redukcja. To znaczy usunąć niedogodnych dla Kasy, bo samodzielnych lekarzy, aby później na ich miejsce wprowadzić dwa razy tyle uległych sobie osobników. Oczywiście mamy tu do czynienia z ogólnym atakiem na wszystkie organizacje lekarskie w celu ich rozbicia.

W Wilnie zażądano redukcji płac lekarskich o 25%.

Związki kas mają przygotowane kadry lekarzy, importowanych z Galicji, nazwanych przez nie „Pogotowiem" i sprowadzają je bądź koleją, bądź samochodami w razie stanu bezkontraktowego lekarzy kasy, jak to miało miejsce w Tomaszowie, dokąd sprowadzono 6 lekarzy łamistrajków z Galicji.

W jednej tylko Łodzi niezdolność oznaczają trzy komisje lekarskie samodzielnie (po 2 lekarzy w każdej), a nie lekarze leczący.

Z sześciu większych ośrodków, w jednym tylko Włocławku stosunki między Zarządem K. Ch. a lekarzami są zupełnie poprawne — dowód, że przy dobrych chęciach wszędzie by się to zrobić dało. Z powodu jednak niewypłacania tam pensji lekarzom od 3 miesięcy, lekarze oznajmili, że z dn. 15 września, w razie nieotrzymania jej, będą przyjmowali chorych tylko za opłatą gotówkową według taksy wojewódzkiej.

W Łodzi dyrektor K. Ch., laik, ośmielił się naznaczone na kartce przez lekarza leczenie Roentgenem skreślić i nakazał natomiast leczenie lampą kwarcową. Czyż może coś lepiej charakteryzować stosunek Zarządu do lekarzy! Również jak w Warszawie, Zarząd usunął 2 lekarzy bez porozumienia się ze Związkiem lekarzy, jednego z nich za to, że (podobnie, jak to miało miejsce i w Warszawie) napisał do Zarządu list, w którym oponował przeciw jakiemuś zarządzeniu Kasy. Dopiero pod groźbą strajku Zarząd wymówienie to cofnął.

Wynagrodzenie lekarzy. Warszawa. 7 zł. za trzy pierwsze, 6 zł. za czwartą godzinę, nowowstępujący lekarze otrzymują przez 3 miesiące po 6 zł. Liczy się 25 godzin miesięcznie. Dodatki za lata specjalizacji po 10 latach 10%, za każde następne 5 lat po 5%, nie więcej jednak ponad 25%. Za lata pracy w Kasie po 5% rocznie, nie więcej jednak niż 25%. Rejonowi w stosunku 5 godzin pracy, dzielnicowi za 6 godzin, pomocnicy naczelnego lekarza za 7 godzin. Wizyty na mieście tak, jak godzina w ambulatorjum — 7 zł. Świąteczne i nocne podwójnie. Za wizyty, wymagające dłuższego czasu niż godzinę — w stosunku do straconego czasu.

Łódź: 115 do 175 zł. w zależności od lat praktyki z dodatkiem 5% lekarzom pracującym dłużej niz 3 lata w kasie. Rejonowi obowiązani są do 10 wizyt dziennie, otrzymują wynagrodzenie za 5 godzin pracy, z różniczkowaniem, jak dla lekarzy ambulatoryjnych. Wizyta na mieście 3,15 z różniczkowaniem do 4,80 ($^1/_{35}$ pensji miesięcznej). Lekarz naczelny — za 8 godzin + 25% dodatku funkcyjnego.

Częstochowa: 118 zł. miesięcznie. Wizyta na mieście 2,60 (bez koni), rejonowy otrzymuje 1,80 i konie. Do tego dochodzą dodatki za odległość. Lekarze są podzieleni na 3 kategorje, z których I otrzymuje 50%, II — 25% więcej niż III. Więcej niż $^1/_2$ lekarzy należy do pierwszych 2 kategoryj.

Płock: 145 zł. bez dodatków. Podstawowa płaca za wizytę na mieście 3,90.

Włocławek: Wszyscy otrzymują jednakowo po 6 zł. za godzinę. Naczelny lekarz za 6 godzin.

Wilno: 150 zł. miesięcznie i dodatek po 5 latach pracy lekarskiej. 1% za każdy następny rok, nie wyżej jednak 15%, t. j. najwyżej za 19 lat pracy. Nadto za każdy rok pracy w kasie 5%, nie więcej jednak niż 50%. Wszystkie dodatki razem nie wyżej zatem niż 65%.

Kraków: 200 zł. miesięcznie, płatne zgóry. Kasa dotychczas zawsze wypłacała bardzo akuratnie.

W Częstochowie kwalifikuje lekarzy co do kategorji płacy, komisja złożona z członka Zarządu, naczelnego lekarza i trzech, mających jednak prawo tylko do jednego głosu, przedstawicieli związku lekarzy. Lata praktyki nie grają roli przy kwalifikowaniu. Jest to bardzo niebezpieczny system, bo przedewszystkiem władze kasy mają dwa razy więcej głosów niż związek lekarzy, a, po drugie, kwalifikowanie w tych warunkach nie zawsze będzie sprawiedliwe.

Włocławek: Komisja kwalifikacyjna przyjmuje każdego lekarza, należącego do jakiegokolwiek zrzeszenia lekarskiego. Jest to też bardzo niebezpieczny warunek, bo daje możność zarządom wprowadzania łamistrajków.

Zarząd Warszawskiej K. Ch. wymówił umowę zbiorową zawartą z Zrzeszeniem lekarzy. Zrzeszenie zawiadomiło rejentalnie Zarząd K. Ch., że stoi na stanowisku, iż zgodnie z § II, umowa obowiązuje aż do zawarcia nowej, i wybrało delegatów do pertraktacji z Zarządem w sprawie nowego kontraktu. Prezes Zarządu p. Koralewski oświadczył prezesowi Zrzeszenia lekarzy, że będąc przez lat kilkanaście w ciągłym kontakcie z lekarzami w magistracie, nie chce być w kolizji z nimi i sprawę zgodnie chce załatwić i oznajmił, że wszelkie pertraktacje zostają odłożone do września Prezes zrzeszenia lekarzy K. Ch. powtórzył to zebranemu prezydjum o godz. 1-szej, a o godz. 3-ciej otrzymał sekretarz zrzeszenia zawiadomienie, podpisane tylko przez p. Koralewskiego, że rozesłane zostały każdemu lekarzowi oddzielnie wymówienie zajmowanego stanowiska od dn. 1.X. wraz z tekstem nowej umowy...... W umowie tej są takie kwiatki, jak np. prawo wymawiania stanowiska bez podania przyczyny, żądanie zawarcia umowy indywidualnej, jednem słowem to wszystko, co wprost mierzy w godność i solidarność lekarską. Wszyscy lekarze, zgodnie z postanowieniem prezydjum, odpowiedzieli, że odpowiednio do treści umowy, obowiązuje ona aż do zawarcia nowej i że upoważniają zarząd zrzeszenia do zawarcia nowej umowy.

— Powstało zrzeszenie lekarzy K. Ch. powiatu warszawskiego. Przewodniczącym wybrany został dr. Bzuro (Jeziorna), wice-przewodniczącym dr. Goebel (Jabłonna), sekretarzem dr. Bagdach. Serdecznie witamy to nowe zrzeszenie i jesteśmy pewni, że wkrótce jaknajściślejszy kontakt powstanie między niem a zrzeszeniem lekarzy K. Ch., m. Warszawy.

Feljeton.

VIII. Dola i niedola chorego w K. Ch.

Przypatrzmy się, jaki odbywa się ceremonjał przy zgłoszeniu się ubezpieczonego po poradę lekarską w K. Ch. Jeśli zgłasza się on nie poraz pierwszy do K. Ch. i wypełnił już wszystkie niezbędne formalności, na co też nieraz dużo czasu stracić musi, przedewszystkiem wystaje w ogonku po numerek. Gdy po pół godzinie, a niekiedy po godzinie, szczęśliwie dotarł już do okienka, okazuje się, że już wszystkie numerki do danego lekarza rozdano. Wtedy każą mu iść do lekarza naczelnego dzielnicy, by uzyskać pozwolenie na numer dodatkowy. Pan lekarz dzielnicowy jednak nie jest i nie może być cały dzień w ambulatorjum. Czeka więc chory na lekarza dzielnicowego, cały czas stojąc, bo niema gdzie usiąść. Po godzinnym wyczekiwaniu, znowu za ogonkiem, przy hałasie i tumulcie, przechodzącym niekiedy wszelkie pojęcie, znajduje się chory wreszcie w posiadaniu wprawdzie nie numerku, lecz pozwolenia na numerek dodatkowy i udaje się z tem do okienka. Tu na nowo wyczekiwać musi w ogonku na sam numerek. Po nowej półgodzinie może udać się już do lekarza i tam znowu czeka w ogonku na swą kolej. Wreszcie został zbadany, dostaje receptę i idzie z nią do apteki (zawsze w ogonku). Po kilku godzinach musi jeszcze raz przyjść (ogonek) po lekarstwo do K. Ch., albo udać się do innej apteki, bo akurat tego lekarstwa, co mu przepisano, w aptece K. Ch. niema. W dodatku każą mu jeszcze samemu zanieść do laboratorjum na sobie analizę, na co znowu, zapłaciwszy w dodatku za 4 tramwaje w obie strony, traci conajmniej 1½ godz. Wreszcie „wyzdrowiał". Czuje się szczęśliwy, że się pozbył tych wszystkich galimacji, które miały go uzdrowić i idzie po zasiłek. Tu dowiaduje się, że tego dnia pieniędzy z centrali nie przysłano, albo że papiery nie są—nie z jego winy— w porządku i że zgłosić się musi po raz drugi innego dnia. Tu ogonek jest może najgorszy. W małym pokoiku mieści się po kilkadziesiąt takich jak i on szczęśliwców, śród zaduchu—to wszystko ma wpływać na zdrowie chorych, bo od tego jest przecież kasa chorych. Wreszcie udaje się mu po potrąceniu sąsiadów i sąsiadek, utorować sobie drogę i wyjść „uzdrowionym" na ulicę. Na drugi dzień, po odbyciu tych samych ceremonji, otrzymuje wreszcie zasiłek pieniężny. I tu, po sprawdzeniu, dowiaduje się, że mu za pierwsze 2 dni, zgodnie z ustawą, zapomogi nie udzielono i przypomina sobie, że dopłacił w dodatku za jazdę tramwajem po analizę. Gdy wreszcie zaczął sobie obliczać to wszystko, obliczać ile czasu stracił, ile się nacierpiał w dodatku do swej choroby, czyż dziwić się można, że

chory nieraz powie sobie: czyż nie kosztowałoby mnie taniej i nie byłoby o wiele dogodniejsze leczenie w prywatnej lecznicy? I po cichu szepcze: „Boże, broń mnie od moich przyjaciół, z nieprzyjaciółmi sam sobie dam radę“. To się dzieje, gdy sobie chory to wszystko obliczy. Całe szczęście, że nie każdy z nich umie liczyć. Może się to kiedyś zmieni. Może też nadejdzie czas, że matki, jak to mi samemu zdarzyło się słyszeć, nie będą straszyły dzieci groźbą: jak będziesz niegrzeczny, to cię zaprowadzę do doktora do K. Ch.“.

IX. Drobne wiadomości.

= W r. 1920 śmiertelność na 10 tys. mieszkańców wynosiła: we Francji 173, w Niemczech 163, w Szwajcarji 144, w Anglji i Norwegji 124, w Holandji 119, w Polsce 220 osób. Gdyby śmiertelność w Polsce była ta sama, co w Holandji, to 300 tys. ludzi mogłaby Polska rocznie zaoszczędzić.

Zmniejszenie się śmiertelności w ciągu 50 lat, od r. 1871 do r. 1920, wynosiło na 10 tys. osób we Francji 77, Belgji 85, Anglji 96, Niemczech 119, Austrji 135, Holandji 136 osób.

= Gruźlica. Na gruźlicę umarło w r. 1914, na każdy miljon mieszkańców, we Francji 2164, Niemczech 1392, w Anglji 1360 i w Danji 1310. W Prusach zmarło na gruźlicę w r. 1914—58,5 tys., w 1918 r. 98,000, w r. 1924—100,000 osób. Trzeba zatem według tego liczyć w Niemczech 300,000 osób z otwartą gruźlicą, a 1,800,000 gruźlików wogóle. Średnio umiera na gruźlicę na 10 tys. mieszkańców 21,65, w Polsce 30—40 osób rocznie. Statystyka innych lat podaje ilość śmierci na gruźlicę na 10 tys. mieszkańców we Włoszech 17,2, na Węgrzech 32, w Prusach 20, Bawarji 29,6, Anglji 18,2, w Warszawie przed wojną 1500 osób rocznie, w r. 1915 — 2040, w r. 1917—8,110. Przed wojną w Warszawie na 17 zgonów były dwa z powodu gruźlicy, w pierwszych latach po wojnie 2 zgórą z powodu gruźlicy na 7 zgonów w ogóle, t. j. co trzecia osoba umierała na gruźlicę.

W Alzacji i Lotaryngji wydały K. Ch. w r. 1922 — 30 milj. franków, śmiertelność na gruźlicę wynosiła 33%, a zatem K. Ch. wydały na gruźlicę conajmniej 10 milj. fr., właściwie zaś więcej, bo chorzy gruźlicy wymagają dłuższego i intensywniejszego leczenia niż inni chorzy. (D. c. n.)

= We Włoszech umiera rocznie 25 tys. ludzi na raka.

= W r. 1921 w Stanach Zjednoczonych zakończyło życie samobójstwem 86 lekarzy, 57 adwokatów, 21 osób duchownych i 37 finansistów, W roku

1909 — 31 lekarzy, 3 osoby duchowne i 21 finansistów. Lekarze więc tu przodują. Widocznie życie ich nie jest najmilsze.

W Anglji ilość samobójstw w latach od 1896 do 1920 waha się między 79 — a 102.

= W ostatniej wojnie umarło 10 miljonów ludzi, a rannych było 25 miljonów. Razem ucierpiało 35 miljonów ludzi, t. j. więcej niż wynosi ludność całej Polski.

= W Ameryce na 21 dorosłych jest jeden urzędnik, a na utrzymanie jednego urzędnika musi pracować 11 dorosłych robotników. Wynikiem tego stanu rzeczy będzie wreszcie taki nadmiar urzędników, że na wytwarzanie zbraknie rąk i dopiero krach, jaki nastąpi, doprowadzi do zmiany stosunków, o ile udoskonalenie maszyn nie umożliwi zmniejszenia pracy ręcznej.

Dnia 9 b. m. sąd okręgowy warszawski wydał wyrok, który ma bardzo ważne znaczenie dla wszystkich lekarzy K. Ch. Naczelny lekarz warszawskiej K. Ch. dr. Franciszek Grodecki wydał cztery, znane wszystkim z Nr. 7 Nowin Lekarskich, cyrkularze, w których m. in., nazywając lekarzy K. Ch. anarchistami, grozi im, w razie niewykonywania jego „rozkazów", własnowolnem, wbrew istniejącej umowie pisemnej, usunięciem z K. Ch... Zarząd zrzeszenia lekarzy K. Ch., wypraszając sobie wszelkie groźby w cyrkularzach, zaznaczył w odpowiedzi, że, zgodnie z zawartą umową, ani lekarz naczelny ani zarząd K. Ch. nie mają prawa usuwać lekarzy bez porozumienia się z zrzeszeniem. Jeden z lekarzy, otrzymawszy do podpisania drugi z tych okólników, napisał list do lekarza dzielnicowego ambulatorjum, w którym zwrócił uwagę na to, że groźba naczelnego lekarza co do usuwania lekarzy, jako sprzeczna z § 2 umowy, nie ma żadnej podstawy prawnej. Na to otrzymał on zawiadomienie, podpisane przez dr. Grodeckiego, treści następującej: wobec tego że p. dr. odmawia wartości prawnej rozporządzenia lekarza naczelnego, zostaje panu wymówione stanowisko w K. Ch. po upływie 3-ch miesięcy". Zrzeszenie lekarzy K. Ch. zaprotestowało przeciw temu zarządzeniu, jako niezgodnemu z umową i, zgodnie z ustawą, zażądało, by w razie niezgodzenia się Zarządu K. Ch. na cofnięcie wymówienia, skierować sprawę do Komisji Pojednawczej. Ale prawo i ustawa dla K. Ch. nie istnieją. Odpowiedział więc Zarząd K. Ch., że sprawy do komisji nie odeszle. Zarząd K. Ch. jest więc zdania, że on stoi ponad prawem, a lekarze poza prawem. Ale przewodniczący K. P. zażądał, z mocy przysługującego mu

prawa, stawienia się Zarządu na sprawę i zarząd K. Ch., widząc, że żadne wykręty nie pomogą, po daremnej nadto próbie odroczenia posiedzenia, przysłał wreszcie swoich delegatów. Kom. Poj. orzekła: „pozostawić rozporządzenie K. Ch. bez skutków prawnych". W skład komisji wchodzili dwaj przedstawiciele K. Ch., przewodniczący zarządu zrzeszenia lekarzy K. Ch., prezes Izby warszawsko-białostockiej i przewodniczący komisji (prawnik). Wyrok zapadł jednomyślnie, za wyjątkiem jednego votum separatum członka zarządu K. Ch. „pana Kobrynera", który „sprytu" swego kupieckiego chciał użyć do przekonania sędziów, że co innego jest „usunięcie", a co innego „wymówienie", że „usuwać" nie można, a „wymówić" można. Etyka lekarzy i prawników jest jednakże inna, niż „panów Kobrynerów" i wszelkie wykręty do ich poglądów jak również do poglądu p. Skowrońskiego, drugiego delegata K. Ch., nie przemówiły. Zarząd K. Ch. nie zadowolnił się orzeczeniem K. P. i apelował do Sądu okręgowego, który wydał wyrok następujący: skargę Kasy Chorych oddalić, orzeczenie Kom. Pojednawczej zatwierdzić, zasądzić od zarządu K. Ch. (na rzecz lekarza) 100 zł. za prowadzenie sprawy, nadto zasądzić zwrot kosztów sądowych"

Sprawa ta ma znaczenie incydentalne, bo z wyroku sądu wynika, że zarząd K. Ch. w żadnym razie nie może wymawiać stanowiska lekarzowi nawet na 3 miesiące zgóry bez porozumienia się z zrzeszeniem lekarzy i że prawo zwyczajowe wymówienia 3-miesięcznego nie może tu mieć zastosowania wobec isłnienia umowy specjalnej. Adwokat K. Ch. bronił się także i tem, że nie tylko danemu lekarzowi, lecz że wogóle wszystkim lekarzom wymówiona została przez Zarząd umowa zbiorowa i że „zatem" umowa została rozwiązana, pomimo, iż zrzeszenie lekarzy zaprotestowało rejentalnie przeciw prawomocności jednostronnego wymówienia umowy. Ferując dany wyrok, sąd przez to samo orzekł, że *wymówienie* umowy nie jest jeszcze jej *rozwiązaniem* i, w razie opozycji jednej ze stron, tylko sąd mocen jest umowę rozwiązać. Orzeczenie to jest ważne jeszcze z tego względu, że stwierdza, że lekarze nie są w stosunku służbowym ani względem naczelnego lekarza ani zarządu K. Ch. Wyrok sądu okręgowego potwierdził słuszność treści listu wzmiankowanego lekarza, że groźba lekarza naczelnego niema żadnego waloru prawnego.

Pomimo, iż zrzeszenie lekarzy K. Ch. kilkakrotnie zawiadamiało zarząd K. Ch., że stoi na stanowisku, iż miejsce lekarza, o którym mowa, w dalszym ciągu jest przez niego zajęte, lekarz naczelny, dr. Grodecki, próbował nasłać na to miejsce lekarza, który jednak, dowiedziawszy się w czem rzecz, stanowczo się z tego wycofał. Wtedy dr. Grodecki przysłał drugiego lekarza, ale i ten, zrozumiawszy o co chodzi, na drugi dzień

przestał przychodzić. Próba zwerbowania „łamistrajków“ nie udała się dr. Grodeckiemu. Jesteśmy pewni, że i nadal żaden lekarz, ceniący swoją godność osobistą i lekarską, tego stanowiska, jako zajętego przez omawianego lekarza, wbrew postanowieniu zrzeszenia lekarzy K. Ch., reprezentującego 500 lekarzy, nie przyjmie, nawet przy upozorowaniu sprawy przez K. Ch. drogą rozmaitych wykrętów. Że pogląd zrzeszenia był słuszny, tego dowiódł wyrok sądu państwowego. Teraz więc nietylko etycznie są lekarze pod tym względem zobowiązani, lecz i na podstawie orzeczenia sądu państwowego.

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY **DYONIZY HELLIN.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU.